QUELQUES CONSIDÉRATIONS

N° 229.

SUR

LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 août 1828, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR PIERRE-TOUSSAINT QUETIER, de Morteaux,

Département du Calvados;

Bachelier ès-sciences; ancien Élève interne des hospices civils et militaires de Caen.

Medicina tota in observationibus.
FRÉD. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON, *Président.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules), *Examinateur.*	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Examinateur.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Suppléant.*	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Gage d'amour filial.

A MONSIEUR AMUSSAT,

Docteur en chirurgie de la Faculté de Paris; Professeur d'anatomie et physiologie à l'Athénée royal; Professeur particulier de médecine opératoire; Membre de l'Académie royale de médecine et de plusieurs autres Sociétés savantes, etc....

Comme un gage de mon éternelle gratitude.

A MONSIEUR TROUVÉ,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris; Professeur de Clinique interne; Médecin des hospices de la ville de Caen; Membre de la Société de médecine de cette même ville, du Jury médical du Calvados; Membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc....

Témoignage de reconnaissance pour la bienveillance dont il m'a honoré dans le cours de mes études médicales.

P.-T. QUETIER.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/laretrovebesiond0007unse

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS.

Avant de traiter d'une manière particulière de la rétroversion de l'utérus, il me semble convenable de décrire préalablement la position normale de cette organe, prenant d'abord pour base fondamentale un bassin bien conformé. J'indiquerai dans un paragraphe suivant les difformités du bassin qui favorisent le plus souvent son déplacement. Vouloir parler des autres maladies de la matrice serait m'écarter du but que je me suis proposé.

L'utérus est un organe particulier aux femelles des mammifères. Considéré dans la femme, il est pyriforme, aplati d'avant en arrière, et en quelque sorte triangulaire. La partie supérieure est la plus volumineuse; on lui donne le nom de *corps*; le bord supérieur, qui correspond au fond du corps de cet organe, est épais, arrondi, convexe. Les bords latéraux sont droits. La partie inférieure, qu'on appelle *col*, est cylindroïde. Les deux faces de l'utérus sont bombées; mais cette disposition est bien plus prononcée en arrière qu'en avant, surtout dans les premiers temps de la vie, où la face postérieure présente une saillie verticale et médiane très-marquée. Toutes les deux sont libres, tandis que les bords latéraux sont enveloppés par les ligamens larges. Les deux angles arrondis qui résultent de la réunion des bords postérieurs avec les deux bords latéraux se continuent avec les deux trompes de *Fallope*, dont il serait superflu de donner ici la description.

L'angle inférieur qui termine le col, et que l'on nomme improprement *museau de tanche*, est embrassé par le vagin, dans lequel il fait une saillie d'environ quatre à cinq lignes.

Cet organe, destiné à recevoir le germe fécondé, est situé dans l'excavation du petit bassin, derrière la vessie, devant le rectum, au-dessous des circonvolutions de l'iléon, et au-dessus du vagin, qui entoure sa partie inférieure et lui adhère intimement. Cette situation varie suivant l'état de plénitude et de vacuité des organes qui l'avoisinent, et dans les différentes situations du corps entier, et suivant l'état de plénitude ou non de ce viscère. L'utérus est presque toujours un peu incliné à droite de la ligne médiane, déviation qui peut être due en partie à la disposition du rectum et à la circonvolution iliaque du colon.

Rétroversion de l'utérus.

On donne le nom de *rétroversion de l'utérus* à un mode particulier de déplacement, dans lequel le fond ou sommet de ce viscère se porte en arrière au-devant de l'intestin rectum, et dans la courbure du sacrum, tandis que son orifice se relève derrière le pubis, et se fixe contre le col de la vessie. Dans cette espèce de culbute la paroi postérieure de la matrice devient accidentellement inférieure par rapport au bassin, et la paroi antérieure se trouve dans la direction du détroit supérieur ou abdominal.

Cette maladie ne paraît pas avoir échappé à la sagacité et à l'esprit observateur des anciens, qui l'ont décrite sous les noms de *rétraction*, d'*obliquité*, de *déplacement* et de *rétropulsion de la matrice.*

Avant *Hunter* on l'appelait *renversement.* Levrette (1) la désignait sous le nom de *renversement transversal.*

Deventer est un de ceux qui ont appelé l'attention des accoucheurs sur quatre déplacemens de cet organe. Il les désignait par les noms

(1) Ancien Journal de médecine, vol. 40, p. 269.

d'*obliquité antérieure*, *postérieure*, *droite* ou *gauche*, suivant que le fond de l'utérus était porté vers l'un de ces points.

Hennemann avait pris l'inverse de *Deventer*, et désignait les différentes espèces d'obliquité d'après le lieu vers lequel se trouvait porté l'orifice de l'utérus. Ainsi il appelait *obliquité postérieure* celle dans laquelle l'orifice de l'utérus était porté en arrière, et le fond en avant, etc. Cette manière de les envisager ne me paraît pas aussi exacte que la première.

Grégoire, chirurgien français, membre du collége de médecine de Paris, est un des premiers qui en aient parlé. Il a décrit cette maladie dans les leçons particulières sur les accouchemens. Plus tard, en Angleterre, *Walter-Wall*, chirurgien à Londres, fournit au célèbre *Guillaume Hunter* l'occasion de l'observer pour la première fois. Celui-ci, croyant la maladie nouvelle, en fit le sujet d'une lecture académique au mois d'octobre 1754, et la publia quelque temps après. (Medical observations and inquiries, vol. 4.) Plus tard, au retour d'un voyage fait à Londres, *Chopart* fit connaître à l'Académie de chirurgie les observations de ces médecins étrangers.

Depuis cette époque un grand nombre d'auteurs ont écrit avec détail sur ce sujet; mais aucun ne s'en est occupé avec plus de succès que M. le docteur *Desgranges*, de Lyon, qui présenta un mémoire sur cette affection à l'Académie de chirurgie en 1785. Son travail se trouve, dit-on, dans les archives de l'École de médecine de Paris; mais je n'ai pu me le procurer.

La rétroversion peut avoir lieu dans l'état de vacuité de ce viscère, ou pendant les quatre premiers mois de la gestation. Plusieurs chirurgiens rapportent des exemples de ce déplacement dans l'état de vacuité. L'auteur du journal de *Dessaut* dit l'avoir observé chez deux femmes qui n'avaient pas eu d'enfans, et dont la matrice était d'ailleurs dans l'état naturel. Le docteur *Léveillé*, ainsi que *Callisen*, rapportent un fait semblable (1).

(1) Nouvelle doctrine chirurgicale, vol. 3, p. 303.

La rétroversion peut avoir lieu, comme je l'ai dit, dans l'état de vacuité; mais cet accident est plus fréquent pendant les quatre premiers mois de la gestation, ce viscère étant alors plus disposé à se déplacer qu'en tout autre cas, à cause de l'augmentation de sa pesanteur spécifique et de la mobilité qu'il conserve. Je ne prétends cependant pas dire qu'elle ne survient point lorsque la matrice est vide. Au contraire, je crois devoir avancer qu'elle se présente plus souvent à l'observation qu'on ne l'a pensé jusqu'à ce jour; et d'ailleurs, j'ai plusieurs observations à l'appui de mes assertions, tant sur le cadavre que sur le vivant.

Smellie rapporte un cas de ce genre à cinq mois de gestation (1). L'auteur de cette observation n'a sans doute pas tenu compte des dimensions du bassin de la femme sur laquelle il a fait cette remarque, car la plupart des auteurs pensent qu'à cette époque la rétroversion ne peut plus avoir lieu, le diamètre longitudinal de l'utérus devenant plus long que le diamètre antéro-postérieur de l'excavation, ainsi que l'a fort bien observé M. le professeur *Desormeaux* (2).

La rétroversion s'opère lentement ou d'une manière subite. Dans le premier cas, les accidens qui l'accompagnent sont d'abord légers, et ne parviennent que progressivement à un degré considérable, tandis que dans le second, ils s'annoncent tout à coup avec assez d'intensité pour alarmer la malade. Ce déplacement présente plusieurs degrés. Tantôt le fond n'éprouve qu'une forte inclinaison, et se trouve plus élevé que l'orifice; tantôt il est placé sur la même ligne; d'autres fois il appuie sur le coccyx, tandis que l'orifice est très-élevé derrière le pubis.

Causes de la rétroversion de l'utérus.

Les causes prédisposantes sont : la mobilité extrême dont jouit l'utérus, sa pesanteur spécifique augmentée par l'état de gestation, des

(1) Dictionnaire de médecine, vol. 21, p. 130, article *Rétroversion*.

(2) Observations sur les accouchemens, vol. 2, p. 149, seconde observation.

accouchemens fréquens et rapprochés, l'ouverture très-spacieuse du bassin, le défaut de largeur du détroit supérieur. Quant aux causes occasionnelles, elles sont très-nombreuses : la pression exercée par les viscères du ventre sur la paroi antérieure de la matrice, des efforts violens pour aller à la garde-robe dans le cas de constipation, la tension de la vessie par une rétention d'urine. D'autres fois elle peut être déterminée par des efforts, des exercices violens, des coups, des chutes, un faux pas, une forte pression exercée sur l'abdomen, comme *Desgranges* en cite un exemple causé par l'application sur le ventre d'un chaudron rempli de linge (1). On a vu même cette maladie occasionnée par une affection morale très-vive.

Les causes déterminantes de la rétroversion lente sont : l'engorgement du col de ce viscère, une grossesse commençante, la rétention d'urine lorsque la femme se couche habituellement sur le dos, la constipation, etc. Celles qui occasionnent la rétroversion subite reconnaissent pour cause des violences extérieures, des vomissemens fréquens, des convulsions, de grands efforts pour expulser les urines et les matières fécales.

Symptômes.

Cette espèce de culbute de l'utérus ne peut avoir lieu sans que les ligamens ronds, les vaisseaux et les nerfs qui se portent à cet organe, contenus dans l'épaisseur des duplicatures péritonéales, ne soient en même temps tiraillés. De là le sentiment de tension, les douleurs dans les lombes, les régions iliaques et inguinales, et le long de la partie supérieure et interne des cuisses, symptômes qui sont d'autant plus prononcés que le déplacement est plus ancien et plus considérable. A ces derniers se joignent bientôt une constipation opiniâtre, l'ischurie, des pesanteurs dans le bassin, sur le rectum et derrière le pubis.

---

(1) Journal de médecine, année 1784.

Diagnostic.

La plupart des symptômes de la rétroversion pouvant être communs et confondus avec ceux des autres déplacemens de l'organe utérin, le toucher doit fournir seul des signes non équivoques de cette maladie. Le doigt indicateur porté dans le vagin rencontre à peu de distance de son orifice un corps assez solide et arrondi. C'est la matrice qui présente sa face postérieure recouverte par la paroi postérieure du vagin. Le fond de cet organe est dirigé en arrière vers le sacrum, et l'orifice en avant vers le pubis. Un doigt porté dans l'anus sent une tumeur qui pousse le rectum vers le milieu du sacrum. Si la maladie est très-avancée, et que les symptômes soient portés au summum de leur intensité, le ventre devient ballonné et énormément distendu par l'amplitude de la vessie, qui souvent pourrait en imposer et faire prendre le mal pour une grossesse très-avancée. Des cas de cette nature ne sont applicables que dans l'état de gestation ou de maladie de ce viscère concomitante avec la rétroversion.

Prognostic.

Quel prognostic le médecin doit-il porter sur une semblable maladie? Il doit être relatif aux incommodités, aux accidens plus ou moins nombreux, au volume du viscère déplacé, et à l'étendue de son déplacement. Et d'ailleurs, la rétroversion est une maladie grave, surtout quand elle est complète; mais elle le devient d'autant plus que des maladies viennent compliquer ce déplacement, telles qu'une métrite chronique, des corps fibreux, des engorgemens du corps de l'utérus. En effet, il existe quelques exemples de femmes qui ont succombé à la suite des accidens occasionnés par la rétroversion, tandis qu'il n'en est pas ainsidans le déplacement en avant de l'utérus.

Traitement.

Rétablir l'utérus dans sa position naturelle est le but que l'on se propose. On y parviendra d'autant plus facilement que le déplacement sera plus récent et la matrice dans un état de vacuité; et quoique le traitement de la rétroversion consiste essentiellement à mettre en place cet organe, néanmoins, les accidens qui proviennent de son renversement offrent quelquefois des indications plus pressantes, et exigent des secours qui préparent ou facilitent la réduction, et sans lesquels on ne pourrait, dans certaines circonstances, l'obtenir. Je suppose un cas dans lequel l'organe contient le produit de la conception, ou se trouve développé par un engorgement quelconque ou toute autre maladie, au point d'intercepter le cours des urines et des matières fécales. On cherchera alors à donner issue aux urines en insinuant un doigt le long et à côté de la symphyse du pubis, pour écarter le col de la matrice de celui de la vessie, et introduire une sonde dans le canal de l'urètre. Mais, si la direction vicieuse que le méat urinaire a éprouvée rend impossible l'introduction d'une algalie de femme, on aura recours à une sonde courbe comme pour les hommes. Les lavemens, soit émolliens, soit légèrement purgatifs, introduits dans le rectum au moyen d'une sonde de gomme élastique, ne doivent point non plus être négligés. A ces symptômes s'en joignent quelquefois d'autres non moins difficiles à combattre. Je veux parler de l'état inflammatoire. Ainsi, dans ce cas, on aura recours à la saignée, que l'on réitérera lorsque l'inflammation le rendra nécessaire, aux bains, aux fomentations émollientes, et on ne procédera à la réduction qu'après avoir ainsi disposé ces mêmes parties. Il est arrivé quelquefois que la réduction, qui paraissait impossible avant l'emploi de ces moyens, s'est faite ensuite aisément, et presque spontanément.

Quelle position doit-on donner à la malade pour obtenir la réduction? La plupart des auteurs ont conseillé de la faire placer sur les coudes et les genoux, la tête et la poitrine sur un plan incliné, afin d'éviter que la

masse intestinale porte sur cet organe. Il me semble que l'on peut facilement obtenir ce résultat en lui faisant prendre une situation qui lui paraîtra beaucoup moins désagréable, et qui n'offrira pas moins les mêmes chances de succès que la première. Il faudra donc placer la malade sur le dos, le bassin plus élevé que le tronc, les cuisses fléchies sur l'abdomen, et quelquefois soutenues par des aides. Au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, on tentera de rapporter le fond de l'utérus en haut et en avant, ou bien, à l'exemple de *Dussausay* (1), on devra porter une main dans l'intestin rectum, refouler le fond de l'utérus en haut et en avant, tandis que, de l'index de l'autre main, on cherchera à ramener le col en bas et en arrière.

L'utérus, dans l'état de gestation, est-il enclavé de manière à ne pouvoir être réduit par les moyens que j'ai indiqués? *Lynne* et *Hunter* conseillent la ponction de la matrice par le vagin ou par le rectum. On rapporte deux observations de ce genre guéries par ce moyen, l'une recueillie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et l'autre par M. *Jourel*, à Rouen (2); mais une semblable opération rend l'avortement inévitable. *Purcell* et *Gardien*, désirant soustraire la mère à cet accident, ont voulu substituer à ce dernier moyen la section du pubis; mais ils n'ont cité aucun fait à l'appui de leur opinion. Rapporterai-je l'idée de *Sabatier*, qui propose la ponction de la vessie au-dessus du pubis. Elle ne me paraît pas plus fondée que celle de ces deux derniers chirurgiens, et d'ailleurs *Hunter* rapporte un exemple de rétroversion dans lequel, après avoir vidé la vessie, il lui fut impossible de désenclaver la matrice et de faire monter son fond au-dessus du detroit du bassin avant d'avoir divisé la symphyse pubienne.

Jusqu'ici je n'ai point encore parlé du traitement à mettre en usage lorsqu'on a pu parvenir à faire la réduction pour maintenir l'utérus dans sa position naturelle. On a conseillé l'emploi des éponges et des

---

(1) Journal de médecine, avril 1784, vol. 67, p. 283.

(2) Bulletin de la Faculté de médecine de Paris, 1812, n°. 8, p. 173 et suivantes.

pessaires. Dans le cas de grossesse déjà avancée, il suffit assez souvent que la femme garde une situation horizontale pendant environ quinze jours pour empêcher la matrice de se rétroverser.

On préfère généralement l'emploi des pessaires à celui des autres moyens mécaniques. Ils retiennent le col de la matrice abaissé au centre de leur bourrelet circulaire, et permettent un libre écoulement aux menstrues à l'époque des règles. Il n'est besoin de les retirer qu'à des intervalles éloignés pour les nettoyer ou les changer, afin de prévenir la formation d'aspérités qui pourraient irriter la membrane muqueuse du vagin. Lorsque le déplacement de l'utérus en arrière n'est pas très-considérable, et qu'il reconnaît pour cause le relâchement des parois du vagin, on pratique avec assez de succès des injections dans ce canal avec des liqueurs astringentes et résolutives; mais ces remèdes seraient impuissans si la rétroversion était complète et survenue à la suite d'une chute ou d'un effort.

Les éponges ont le double inconvénient de presser de bas en haut sur le museau de tanche, et de dilater le vagin lorsqu'elles viennent à se gonfler par l'abondance des mucosités dont leur présence augmente la sécrétion, ce qui oblige de les retirer fréquemment pour les nettoyer. Enfin leur usage doit être suspendu pendant toute la durée du flux menstruel.

Il ne m'appartient pas de décider ici la question sur le choix des différens pessaires à employer. Je citerai seulement plusieurs accidens survenus à la suite de l'emploi trop prolongé des pessaires à bilboquet. MM. les professeurs *Dupuytren* et *Deneux*, ainsi que M. *Laroche*, ont rapporté des exemples de perforation de la cloison recto-vaginale à la suite de ce traitement. M. *Amussat* a fait usage plusieurs fois d'un moyen qui lui a parfaitement réussi : il consiste à introduire une petite tige droite en ivoire dans la cavité de l'utérus ; mais elle ne peut, dit-il, être portée qu'avec une très-grande prudence, et ne doit être mise en usage qu'après avoir émoussé la sensibilité utérine en introduisant préalablement une sonde de gomme élastique. Ce procédé a l'avantage d'empêcher que l'utérus ne puisse se recourber sur lui-

même, comme cela a lieu dans l'emploi des pessaires ordinaires, qui retiennent élevé le col de la matrice, tandis que la masse intestinale, appuyant sur son fond, tend à faire recourber cet organe. Avant d'accorder une confiance entière à cette méthode, il convient d'attendre qu'elle ait été sanctionnée par l'expérience; car on pourrait craindre qu'elle ne déterminât une inflammation aiguë de la cavité utérine.

Je crois pouvoir me dispenser de rapporter des exemples de rétroversion de l'utérus dans l'état de gestation, ayant à ma disposition des observations de ce déplacement quand la matrice ne contenait point le produit de la conception. Les deux premières ont été recueillies sur le vivant, tandis que les suivantes sont le résultat de mes recherches pathologiques sur le cadavre.

Observation première. — Rétroversion complète de l'utérus. Emploi des différens pessaires et de la tige droite en ivoire (1).

Madame S..., âgée de quarante ans environ, d'un tempérament lymphatico-sanguin, mère d'une belle et nombreuse famille, éprouva, à la suite d'une chute de cheval, des pesanteurs sur le rectum, des tiraillemens dans les aines, accompagnés de douleurs dans tout l'abdomen. Ces symptômes augmentant chaque jour d'intensité, surtout quand la malade marchait, elle ne put bientôt plus sortir qu'en voiture, encore fallait-il qu'elle tînt une position presque horizontale, autrement elle éprouvait de grandesdouleurs dans le bas-ventre et sur le rectum.

Tel était l'état de la malade, lorsqu'elle se rendit à Paris en 1827. Déjà elle avait consulté plusieurs médecins étrangers, qui, après plusieurs explorations, soit par le vagin, soit par le rectum, avaient cru reconnaître une tumeur dans le bassin. Ils avaient employé, mais inutilement, différens pessaires pour soutenir cette tumeur, qui, descendant quelquefois très-bas sur le rectum, gênait cet intestin dans ses fonctions.

---

(1) Leçons orales de M. *Amussat*, 1827.

M. *Amussat*, appelé près de la malade, après avoir exploré attentivement le vagin et l'utérus, put acquérir la certitude que les douleurs qu'éprouvait madame S... n'étaient point occasionnées par la présence d'une tumeur, mais bien par une rétroversion complète de l'utérus, qui du reste était parfaitement sain.

Le doigt introduit dans le vagin lui fit reconnaître en haut et en avant, derrière la symphyse du pubis, le col utérin, dont la lèvre postérieure, très-allongée, semblait être détachée de l'organe. Le même doigt, porté en bas et en arrière, lui fit sentir le bas-fond de l'utérus logé dans l'angle formé par le rectum et le vagin, de telle manière que la face postérieure de cet organe correspondait à la face antérieure du coccyx. Le corps de l'utérus, dans toute sa longueur, présentait une courbure dont la concavité était en bas et en avant, et la convexité en haut et en arrière. En introduisant le doigt dans le rectum, il sentit le bas fond tantôt à droite, tantôt à gauche de cet intestin, qu'il comprimait.

Il put ensuite se convaincre qu'il n'y avait point d'adhérence entre l'organe rétroversé et les parties environnantes; car, en soulevant le bas-fond avec un doigt, et en appuyant sur le col avec un autre doigt, il faisait basculer l'utérus en totalité, et le ramenait à sa position naturelle, qu'il ne pouvait lui faire garder long-temps, parce que le bassin étant très-large, il revenait à la position vicieuse qu'il avait prise depuis plusieurs mois.

Après avoir employé inutilement plusieurs instrumens pour rétablir les parties dans leur état naturel, il pensa que le meilleur moyen de redresser l'utérus et de le maintenir serait d'introduire une tige droite dans la cavité de l'organe, pour pouvoir agir sur toute sa longueur, de manière que le bas-fond fût porté en haut et en arrière, et le col en bas et en avant.

Mais avant d'employer ce moyen, il habitua l'utérus pendant une quinzaine de jours au contact de corps étrangers en y introduisant des sondes de plus en plus grosses. Lorsque la sensibilité de cet organe eut été un peu émoussée, il introduisit une tige droite en ivoire,

longue de cinq pouces, du diamètre de deux lignes environ, et qui par son extrémité se vissait sur un pessaire en bilboquet. Cette tige étant placée dans l'utérus, il ramena en bas et en arrière le manche du pessaire, qui fut fixé dans cette position au moyen de rubans. Pendant tout le temps que madame S... porta cet instrument, elle n'éprouva aucune douleur, même en marchant; mais aussitôt qu'il fut retiré, l'utérus revenant à sa position vicieuse, les symptômes ordinaires reparurent.

La malade étant partie de Paris, ce moyen n'a pu être continué, et elle est toujours dans le même état.

Observation deuxième. — Rétroversion attribuée à un effort ; engorgement considérable de l'utérus ; emploi infructueux de différens pessaires.

Madame B..., anglaise, âgée de quarante-neuf ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, habitant Paris depuis plusieurs années, a joui jusqu'à l'âge de quarante-sept ans d'une bonne santé. Mère de trois enfans, elle n'a jamais éprouvé le moindre accident à la suite de ses couches. Jusqu'alors la menstruation s'était faite très-régulièrement; mais depuis deux ans environ elle est sujette à des pertes utérines très-abondantes et presque continuelles. Dans les commencemens de cette ménorrhagie, madame B... fit un effort pour remuer sa couche, à la suite duquel elle ressentit une vive douleur dans la région lombaire, qui se dissipa peu de jours après. La ménorrhagie n'ayant point cessé, la malade consulta un médecin, qui, probablement sans s'être assuré de l'état des organes génitaux, lui fit prendre un purgatif drastique, qui donna lieu à quatre ou cinq selles très-douloureuses. A cette époque, un sentiment de pesanteur dans le bassin et vers le rectum, accompagné de tiraillemens dans les aines et à la partie interne des cuisses, ainsi que des douleurs lombaires, se firent ressentir avec beaucoup d'intensité, ce qui porte la malade à penser que son mal ne date que du moment où elle a pris ce purgatif, opinion qui ne nous paraît nullement fondée. Les accidens ont toutefois augmenté d'intensité jusqu'à ce jour.

M. *Amussat*, ayant été appelé en 1827 pour donner des soins à cette dame, crut, d'après les renseignemens qui lui furent donnés, devoir porter ses recherches vers les organes génitaux. Il reconnut une rétroversion de l'utérus très-évidente, qui augmentait par la station du sang dans la cavité de cet organe. Bien convaincu qu'il n'y avait pas d'autre moyen d'alléger les souffrances de la malade que de replacer l'utérus dans sa position naturelle, il employa infructueusement différens pessaires, et ne put parvenir à le maintenir dans son état naturel, à cause de la ménorrhagie, qui était trop abondante, et à cause des douleurs insupportables qu'éprouvait la malade.

M. *Amussat* ayant eu l'extrême complaisance de me faire toucher la malade, voici l'état qu'elle nous a présenté le 3 août 1828.

Le face était d'un jaune paille, le pourtour des yeux noirâtre, la peau du col et des membres thoraciques offrait la même teinte que celle de la face; le pouls, petit, fréquent, se déprimait très-facilement; nulle gêne apparente dans la respiration; la langue était humide, légèrement blanchâtre; point de soif; appétit médiocre. L'abdomen au toucher était très-douloureux dans une grande étendue, et particulièrement dans la région hypogastrique.

Le doigt introduit dans le vagin ressent une chaleur âcre très-vive. Porté perpendiculairement suivant l'axe du détroit inférieur, il rencontre une tumeur dure offrant presque le double du volume du poing, que l'on ne peut déprimer qu'avec peine. Si l'on porte ses recherches en différens sens, cette tumeur paraît ronde et plus volumineuse vers le rectum. Plus le doigt est dirigé vers le pubis, plus elle diminue de volume, et semble offrir la forme d'un coing. Le museau de tanche, situé derrière le pubis, est encore assez accessible au toucher.

Le doigt retiré des parties génitales est teint d'un sang presque pur, nouvelle preuve que la ménorrhagie est très-abondante.

Depuis déjà assez long-temps la malade est tourmentée par un dévoiement continuel. Les matières rendues sont constamment liquides, blanchâtres, et ont lieu au moins quatre ou cinq fois par jour.

Depuis huit jours seulement l'expulsion des urines a momentané-

ment été difficile; mais on n'a pas eu besoin de recourir à la sonde pour leur donner issue.

La difficulté qu'a éprouvée M. *Amussat* pour réduire et maintenir l'utérus dans sa position normale, et les douleurs que les différens moyens employés ont fait éprouver à la malade, lui font penser qu'il existe des adhérences entre le fond de l'utérus et la paroi antérieure de l'intestin rectum, comme nous l'avons vu sur plusieurs pièces pathologiques.

Observation première sur le cadavre. — Rétroversion complète occasionnée par des brides accidentelles.

Madame F..., âgée de soixante-dix ans, morte à la suite d'une hémiplégie. L'utérus était situé horizontalement dans le petit bassin, et maintenu dans cette position par des brides accidentelles, qui se portaient du fond et de la face postérieure de ce viscère vers la partie inférieure de l'intestin rectum. Sa face antérieure était tournée vers le détroit abdominal; les circonvolutions de l'iléon appuyaient sur cette même face, tandis que la postérieure portait sur le coccyx. Les brides qui le retenaient dans cette position semblaient avoir acquis la force, la consistance et la diaphanéité du péritoine. Les trompes et les ovaires étaient repliés de chaque côté, et maintenus dans cette position par de fausses membranes semblables aux précédentes. Avant l'ouverture de l'abdomen, le toucher pouvait facilement faire connaître la rétroversion. On distinguait assez bien la face postérieure qui appuyait sur la paroi antérieure et inférieure du rectum, tandis que l'orifice se portait vers le canal de l'urètre. L'organe incisé n'a présenté aucune autre altération morbide.

Observation deuxième sur une femme âgée d'environ soixante ans.

L'utérus était porté en arrière et en bas par un repli du péritoine, qui adhérait intimement à la partie postérieure moyenne et transver-

sale du corps de ce viscère. Cette adhérence paraissait être le résultat d'une inflammation très-ancienne. Détachée avec le scalpel du corps de cet organe, on pouvait facilement apercevoir au-dessous une cicatrice ancienne, linéaire et transversale. Le fond de la matrice paraissait déprimer assez fortement la paroi antérieure et inférieure du rectum, comme l'indiquaient les matières fécales retenues au-dessus de cette dépression. Le col se portait vers la vessie ; mais il était encore assez accessible au toucher. Relevait-on l'utérus en avant contre la vessie, on apercevait une dépression assez considérable dans la concavité du sacrum, en sorte que les parois de l'intestin étaient en contact immédiat. L'utérus et ses annexes n'offraient, du reste, aucune autre trace d'altération morbide. Je n'ai pu me procurer de renseignemens sur l'état de la malade.

Observation troisième sur une femme âgée de quarante-six ans, morte d'une pneumonie aiguë du côté gauche.

La rétroversion m'a paru incomplète. Le fond de l'utérus était porté à gauche de l'intestin rectum, disposition qui était due sans doute à une anse de l'intestin colon, qui, de la partie droite du bassin, se dirigeait au-devant de la matrice, et tendait à porter cet organe en bas et à gauche, de manière que son fond était porté en arrière et à gauche du bassin vers la symphyse sacro-iliaque, et le col en avant vers la cavité cotiloïde droite. Le corps de ce viscère était plus volumineux que dans l'état naturel, et contenait dans son intérieur environ deux cuillerées à bouche d'une matière blanchâtre, gluante, sans offrir aucune trace d'inflammation. Il n'était retenu dans cette position par aucune membrane accidentelle, comme je l'ai remarqué dans les deux observations précédentes.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Ibid*, *aph.* 6.

III.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Mulieri in utero habenti tenesmus supervenire abortum facit. *Sect.* 5, *aph.* 49.

V.

Quæ utero gerunt, iis os uteri connivet. *Ibid.*, *aph.* 51.

VI.

Oculorum morbo laboranti, corripi alvi profluvio, bonum. *Ibid.*, *aph.* 17.